

Verfassungsrechtliche Grundlagen der Krankenhausversorgung in der Gemengelage zwischen Bund-Länder-Kompetenzen unter Berücksichtigung des Selbstverwaltungsprinzips

Prof. Dr. Winfried Kluth



Schafft Wissen. Seit 1502.

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG



Der übergeordnete Rahmen der Thematik

- Im deutschen Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung im Besonderen stehen wir vor der Herausforderung, die knappen finanziellen und personellen Ressourcen besser einzusetzen.
- Die mehrfache Segmentierung sowohl der Steuerungskompetenzen als auch der Ausführungsverantwortlichkeiten erweist sich dabei – wenig überraschend – als Hindernis und Herausforderung für Reformen.
- Durch die wiederum separate Steuerung des Pflegebereichs kann durchaus von einer Steuerungskrise gesprochen werden.



Ableitung der Fragestellungen

- Für eine geordnete ordnungspolitische Debatte, die aus gemeinwohlbezogener Sicht dringend erforderlich ist, muss die Frage, welchen Anteil des Gesamtbudgets (sowohl der Löhne als auch des Gesamthaushaltsbudgets) in die sozialen Sicherungssysteme fließen soll, den Ausgangspunkt darstellen, aus dem im Wege der stufenweisen Allokation / Budgetierung entsprechende Ableitungen erfolgen müssen.
- Die Steuerung muss deutlich besser auf die Allokationsbereiche abgestimmt werden.
- Steuerungshindernisse durch Segmentierung müssen reduziert werden.

Focus des Vortrags

- Diese ordnungspolitischen Desiderate verlangen grundlegende Rechtsanpassungen, die für den Vortrag noch keine Rolle spielen.
- Dieser bezieht sich auf die Gestaltungsoptionen im geltenden Rechtssystem und geht auf zwei Fragen ein:
 1. Wie weit reichen die Steuerungsbefugnisse des Bundes?
 2. Inwieweit sollten diese der Sozialen Selbstverwaltung zur Ausübung zugewiesen werden?



Wie weit reichen die
Steuerungskompetenzen des Bundes?

Vorbemerkung zum Kompetenzrecht

- Das Grundgesetz geht zwar in Art. 30, 70 GG von der grundsätzlichen Gesetzgebungszuständigkeit der Länder aus, weist die bedeutsamsten Kompetenzen aber dem Bund zu.
- Ausschließliche und abschließende Länderzuständigkeiten sind eine Ausnahme.
- Es gibt zudem keine Doppelzuständigkeiten, sondern lediglich Auswirkungen von Bundeskompetenzen aus Länderzuständigkeiten.
- Markantes Beispiel ist das sekundäre ärztliche Berufsrecht des SGB V, das trotz der Beschränkung der primären berufsrechtlichen Kompetenz des Bundes auf die Berufszulassung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG anerkannt ist.

Orientierungen des BVerfG

- „Art. 70 Abs. 1 GG begründet keine Auslegungsmaxime, nach der die Kompetenzverteilungsregeln des Grundgesetzes im Zweifel zugunsten der Länder auszulegen wären.“
- „Die Zuordnung einer gesetzlichen Regelung zu einem Kompetenztitel von Art. 73, Art. 74 oder Art. 105 GG erfolgt anhand ihres (unmittelbaren) Regelungsgegenstands ihrer Wirkungen und Adressaten sowie des Normzwecks.“
- „Ob sich eine Regelung unter einen Kompetenztitel subsumieren lässt, hängt davon ab, ob der dort genannte Sachbereich unmittelbar oder lediglich mittelbar Gegenstand dieser Regelung ist.“



Orientierungen des BVerfG

- „Eine gesetzliche Regelung ist - ihrem **Hauptzweck** entsprechend - dem Kompetenztitel zuzuordnen, den sie speziell und nicht (lediglich) allgemein behandelt.“
- „Den Ländern verbleibt nach alledem im Bereich der Gesetzgebung (lediglich) eine so genannte Residualkompetenz, deren konkrete Reichweite sich nach der Subtraktionsmethode bemisst.“

Anwendung auf die Krankenhausplanung

- Nach dem GG-Normtext keine ausschließliche Länderkompetenz.
- Das folgt auch nicht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, der zwar dem Bund in Bezug auf die Krankenhäuser nur thematisch begrenzte Gesetzgebungskompetenzen zuweist, aber auch nicht explizit die Krankenhausplanung den Ländern zuweist.
- Die Sicherung der Leistungserbringung in und durch Krankenhäuser ist deshalb dem steuernden Zugriff auf der Grundlage von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nicht verschlossen.
- Dabei handelt es sich um Regelungen, der Hauptregelungszweck nicht die Krankenhausplanung als solche ist.

Zum Verständnis von Krankenhausplanung

- Da die Krankenhausplanung den Ländern nicht positiv zugewiesen wird, handelt es sich nur um einen Residualbereich.
- Die h.M. geht in der Sache von einer ausschließlichen Landeskompetenzen aus, ohne dies tragfähig zu begründen.
- Auch das Verständnis von Planung ist zu unreflektiert.
- Krankenhausplanung bezieht sich vor allem auf den infrastrukturellen Aspekt mit dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.
- Sie erfasst dagegen nicht die Leistungserbringung als solche, die alleine durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst wird.

Blick auf die Staatspraxis

- Der in der aktuellen Debatte behauptete starke Eingriff in Länderkompetenzen steht auch im Widerspruch zur Staatspraxis.
- Wie das Gutachten der Monopolkommission überzeugend aufzeigt, haben die Länder von ihrer Planungskompetenz tatsächlich kaum Gebrauch gemacht und sich ihrer Steuerungsverantwortung entzogen.
- Gegenüber den bisherigen Ingerenzen etwa in § 2a, § 6 KHG gab es keine gerichtlichen Interventionen, obwohl auch hier substantielle Aspekte der Krankenhausplanung normiert wurden.
- Schon jetzt findet sich die Vorgabe der bedarfsgerechten Versorgung als einem zentralen Kriterium der Planung im Bundesgesetz.



Weitere Gesichtspunkte

- Da die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich immer mehr aufgehoben werden soll und muss, erweist sich eine einheitliche Leistungserbringungssteuerung als notwendiges Korrelat.
- Die Beschränkung von strukturellen Reformen auf einzelne, willige Länder würde sich auch im Ressourcenverbrauch zu Lasten der Länder nachteilig auswirken, die Reformen durchführen. Die Allokationsgerechtigkeit würde verletzt.
- Die lokalen Widerstände haben weiterhin einen Blockadeeffekt, der durch bundeseinheitliche Vorgaben zu überwinden ist.
- Eine gute Erklärung des Modells vor allem in den Regionen, die Krankenhausstandorte verlieren, ist eine zwingende Begleitmaßnahme.

Zwischenergebnis

- Die kompetenzrechtliche Lage ist offener und flexibler als vielfach suggeriert.
- Das Verständnis von Planung ist zu undifferenziert.
- Die vorhandenen und unbestrittenen Ingerenzen werden ausgeblendet.
- Die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen und nachhaltigen Steuerung der Leistungserbringung auch im stationären Bereich nimmt weiter zu.



Welche Aufgaben sind
selbstverwaltungstauglich?



Kriterien von „selbstverwaltungstauglich“

- Das Bundesverfassungsgericht verlangt in seiner Rechtsprechung, dass den Selbstverwaltungsträgern nur selbstverwaltungs-taugliche Aufgaben zugewiesen werden dürfen.
- Man kann dieses Erfordernis konkretisieren:
 - Entscheidungsbeteiligung der Betroffenen
 - Hinreichende gesetzliche Steuerung
 - Keine Konflikte mit Allgemeininteressen
 - Handlungsfähigkeit – keine Blockadepotenziale in der Organisationsstruktur (bei gruppenpluraler Selbstverwaltung)

Konkretisierung

- Es gibt bereits Zuständigkeiten des G-BA für die Leistungserbringung in Krankenhäusern, aus denen die Selbstverwaltungstauglichkeit abgeleitet werden kann, etwa §136b SGB V.
- Eine Beteiligung der zuständigen Landesbehörden ist dort ebenfalls vorgesehen, § 136b Abs. 5 SGB V.
- Diese könnte zu einer Verfahrensbeteiligung der Länder (ggf. gebündelt über den Bundesrat) erweitert werden.

Einwände

- Reformkompetenz von Selbstverwaltung?
- Dauer von Entscheidungsverfahren?
- Legitimation der Auswirkungen in den Regionen?



Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!